Die stenosierende Pylorus-hypertrophie

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Martin Pauschardt

Approb. Arzt

Tag der Promotion: 3. November 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Bonhoeffer**

Referenten: Prof. Dr. **Brugsch**

Prof. Dr. **Kraus**

Neben den häufigen, durch Ulcus-Narben oder Karzinom bedingten Pylorusstenosen gibt es eine andere Form dieser Erkrankung, die nicht durch Krebs oder Narben entsteht, sondern ein eigenes Krankheitsbild darstellt, deren Aetiologie, allerdings gänzlich unklar ist. Diese Pylorusstenose ist unter den verschiedensten Namen, von vielen Autoren beschrieben worden, so von Cruvelhier, Andrae, Bointon, Gluge, Lebert und anderen, in neuerer Zeit von Boas, Konjetzny. Alle stimmen dahin überein, daß sie gutartig ist und in einer Hypertrophie der Pyloruswand besteht, wobei im wesentlichen, Bindegewebe und Muskelgewebe betroffen ist. Die Grenzen der einzelnen Gewebsschichten bleiben erhalten, die Schleimhaut ist unversehrt.

Die Hypertrophie der Wand kann so stark werden, daß der Pylorus fast gänzlich verschlossen wird; die Folge ist hochgradige Ektasie des Magens, Stagnation des Gehalts, gastritische Erscheinungen, schließlich Unmöglichkeit der Ernährung.

Tilger und nach ihm L. Kuttner bezeichnen diese Erkrankung als „stenosierende Pylorushypertrophie“, weil die Hypertrophie und Stenose ihre hervorstechendsten Eigenheiten sind.

Es folgt die Beschreibung eines Falles, der im März 1921 auf der I. Inneren Abteilung des städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses Berlin eingehend beobachtet und untersucht werden konnte. Die klinische Untersuchung führte zur Diagnose Pyloruskarzinom. Der Röntgenbefund ergab hochgradige Pylorusstenose, doch kein Zeichen von Krebs. Es wurden die Gastroenterostomie vorgenommen, doch infolge Entkräftigung trat nach kurzem der Exitus ein. Die mikroskopische Untersuchung schloß das Vorhandensein von Krebsgewebe aus, es wurde nur eine erhebliche Hypertrophie der Pyloruswand festgestellt.

Sehr schwer ist die Differentialdiagnose gegenüber dem Krebs, in vivo meist kaum zu stellen. Die Behandlung ist die gleiche wie beim Krebs.

Die Aetiologie ist ganz unklar, doch liegt der Gedanke nahe, daß es sich um angeborene Pylorusstenosen handelt, wie sie von Hirschsprung und Finkelstein bei Säuglingen festgestellt wurden, die lange Zeit ohne Symptom bestanden haben und durch das Hinzutreten anderer Störungen im späteren Leben zu schweren Stenoseerscheinungen führen können.